

健康保険限度額適用認定申請書

健 保 組 合	常務理事	事務長	担当者
人 事 担 当 部 門	責任者	担当者	

住友化学健康保険組合 御中
下記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者の記号・番号		10 80 -	事業所	事業所名	
被保険者	氏名			所属	
	生年月日	年 月 日	連絡先電話番号		()
適用対象者	氏名		被保険者との続柄		
	生年月日	年 月 日	限度額適用認定証 使用開始日		年 月 日
認定証の送付先 (どちらかに○)	1. 社内便の宛先				
	2. 被保険者の住所	〒 電話番号 ()			

※被保険者の記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書、④健康保険証のいずれかでご確認ください。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

